

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901 1902. — N° 14

Étude Clinique

SUR LES

Myélites Syphilitiques aiguës

LES FORMES ANORMALES en PARTICULIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE DAVIOT

Né à Tournus (Saône-et-Loire), le 11 mars 1874



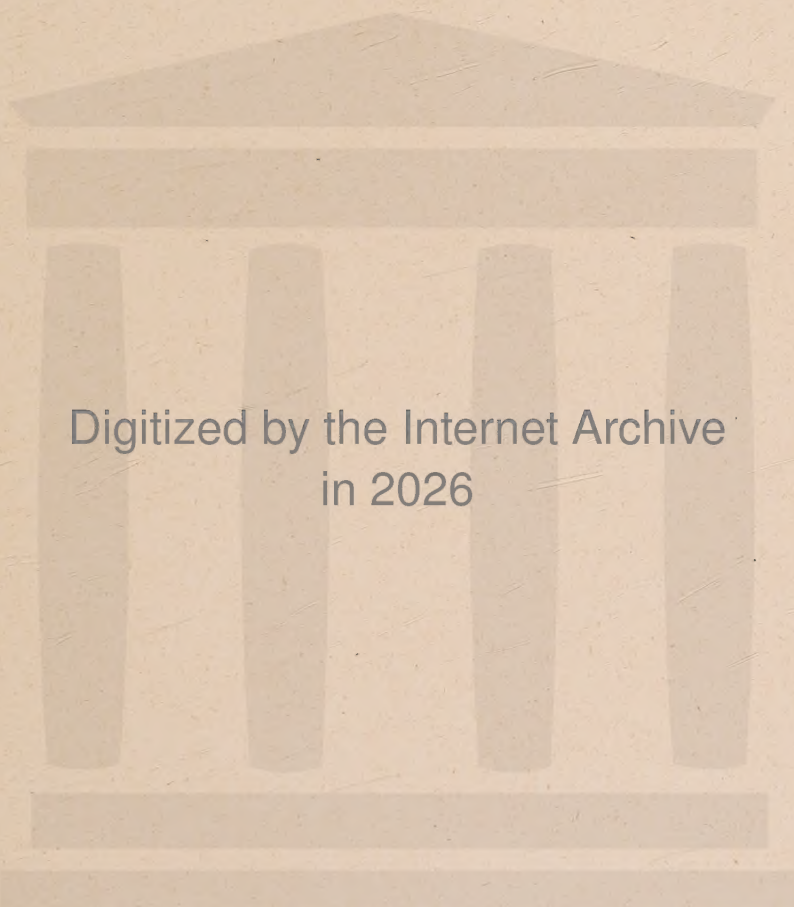
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0003

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 14

Étude Clinique

SUR LES

Myélites Syphilitiques aiguës

LES FORMES ANORMALES en PARTICULIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE DAVIOT

Né à Tournus (Saône-et-Loire), le 11 mars 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSSEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. LANNOIS et COURMONT (P.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE
ET DE MON GRAND'PÈRE VIEUX

A MON GRAND'PÈRE le Docteur Z. DAVIOT

Officier de l'Instruction publique

A MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR J. DAVIOT

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

Correspondant de l'Institut

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Ecole de Médecine, nous avons le devoir d'adresser à tous ceux qui nous sont chers, à tous ceux qui se sont intéressés à nous, l'expression la plus sincère de notre profonde gratitude.

Notre première pensée est pour nos Parents. Grâce à leur sollicitude constante, nous avons toujours eu la vie large et facile, et nous avons méconnu les jours de peine qui découragent et viennent assombrir les longues années d'étude. Qu'ils soient assurés de notre reconnaissance sans borne ; nous garderons fidèlement au cœur le souvenir de tout le charme de leur bienveillante tutelle. Notre grand-père et notre père, au cours de leur longue carrière médicale, nous ont toujours montré l'exemple du devoir et du dévouement professionnel. Qu'ils soient persuadés que, dans l'avenir tous nos efforts tendront à mettre en pratique cet enseignement précieux que nous avons reçu d'eux.

Que notre aïeul vénéré, le docteur Daviot, de Saint-Léger-sur-Dheune, reçoive l'assurance de notre plus tendre affection. Nous sommes heureux de lui dédier notre thèse. Qu'il veuille bien voir dans le sentiment qui nous guide un gage de l'admiration que nous éprouvons en présence de sa vie tout entière et de ses soixante années d'exercice médical. Notre plus grand désir sera de pouvoir lui renouveler nos vœux, au milieu de tous les siens, au jour prochain de son centenaire.

Que nos excellentes tantes, que notre oncle Bessard soient sûrs de notre profond attachement.

C'est M. le professeur agrégé Collet, médecin des Hôpitaux, qui nous a inspiré le sujet de notre travail. Ses conseils nous en ont facilité la tâche. Qu'il reçoive, avec nos remerciements, l'expression de notre vive reconnaissance.

M. le professeur Lépine a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale. Nous sommes profondément touché de l'honneur qu'il nous fait. Que ce maître éminent veuille bien croire à nos sentiments les plus respectueux et les plus dévoués.

M. le professeur agrégé Siraud ; M. J. Charmont, professeur à l'Ecole de Droit de Montpellier ; MM. les docteurs Désir de Fortunet, de Chalon-sur-Saône ; Coignet, de Lyon, Dunoyer, de Tournus nous ont, à maintes reprises, donné des marques de l'intérêt qu'ils nous portaient. Nous ne l'oublierons pas, et nous les prions d'accepter l'expression de notre sympathie la plus vraie.

Enfin, c'est avec une émotion profonde que nous quittons tous nos excellents camarades d'études. Cette amitié, que rien ne troubla jamais, est notre plus cher souvenir ; nous le garderons jalousement jusqu'à la fin.

M. D.

INTRODUCTION

Pendant les derniers mois de nos études, en fréquentant la clinique de M. le professeur Lépine, remplacé par M. le professeur agrégé Collet, nous avons eu l'avantage de pouvoir suivre deux malades, particulièrement intéressants, atteints de myélite spécifique. M. le Dr Collet avait déjà attiré notre attention sur des affections de semblable nature et nous avait soumis les observations de deux autres malades qu'il avait eu l'occasion de soigner, quelques années auparavant, dans le même service.

Il s'agissait, chez ces malades, dont on retrouvera l'histoire dans nos quatre observations, de lésions médullaires d'origine spécifique non douteuse.

Des données précises, au sujet de cette affection, nous viennent d'études plutôt récentes. En fait, nous savons parfaitement aujourd'hui, grâce aux travaux nombreux des syphiligraphes, puissamment secondés

par les recherches patientes de l'anatomie pathologique, que la localisation de l'infection syphilitique sur le système nerveux central et sur l'axe spinal en particulier, est acceptée au même titre que tout autre myélopathie, qu'elle soit d'origine rhumatismale, goutteuse, saturnine ou diphthéritique, etc. Il ne rentre pas, du reste, dans le cadre de notre travail, de faire un historique de la question qui nous occupe. Nous sommes loin du temps où la théorie des exostoses dans le mal de Pott syphilitique, était seule en honneur. Quand nous aurons dit que Winge, en 1863, donnait une description minutieuse d'un cas de myélite syphilitique, qu'en 1892 Erb écrivait un mémoire complet sur cette affection et que, depuis, toute une pléiade d'auteurs ont publié et discuté nombre de cas relevant de ce point pathologique, nous serons fixés, d'une manière suffisante, sur la valeur acquise, dans le cadre nosologique, par la myélite spécifique.

En supposant donc un diagnostic fermement posé, c'est vers un point plus particulier de la question que nous dirigeons nos recherches. C'est vers l'évolution clinique exclusivement que nous voulons porter toute notre attention; c'est à la marche spéciale de l'affection, suivie au lit du malade et relatée dans nos différents chapitres, que nous demandons la partie originale de notre thèse.

Au point de vue clinique, la classification des différentes formes de myélites spécifiques présente une certaine difficulté, tant est grande la variété qu'elles affectent. Nous apportons une première sim-

plication à la question : nous écartons de notre étude tout cas relevant d'une lésion affectant un caractère de chronicité quelconque. Ce sont les cas aigus seuls que nous considérons, et les malades dont nous rapportons les observations, présentent tous ce fait essentiel de la soudaineté d'apparition de leurs accidents myélopathiques.

De cette catégorie, plutôt restreinte, des myélites syphilitiques aiguës, la clinique a dégagé une forme commune, que nous aurons l'occasion de décrire brièvement dans notre exposé symptomatique. Mais, à côté de cela, il existe d'autres formes, moins fréquemment observées encore et dont l'évolution symptomatique anormale témoigne d'altérations organiques peu communes; ce sont ces cas, rares, que nous voulons étudier ici; ce sont ces formes de syphilis médullaire aiguë, à marche clinique anormale que nous voulons présenter.

Notre travail a été divisé en quatre parties : notre premier chapitre est consacré à un exposé, aussi court que possible, de quelques points étiologiques et pathogéniques ; nous nous sommes efforcé d'y établir, pour chacun de nos malades, la cause probable la plus propre à expliquer cette manifestation rapide du côté de leur système spinal.

Dans un second chapitre nous avons traité la question symptômes, en nous efforçant de rattacher à une forme clinique définie un ensemble de manifestations morbides propres à chacun des cas qui nous ont été soumis.

Le diagnostic fait l'objet du chapitre troisième ;

nous avons envisagé, là, le point de vue différentiel, uniquement.

Enfin, dans une quatrième et dernière partie, nous avons placé quelques considérations relatives au traitement des lésions que nous avons précédemment décrites.

Suivent les observations et les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Considérations étiologiques et pathogéniques

Nos malades sont des syphilitiques dont le système nerveux, dont la moelle épinière, en particulier, ont fait, en quelque sorte, tous les frais du processus morbide et, ajoutons-le, avec un caractère exclusivement aigu.

A l'heure actuelle la littérature médicale a enregistré un assez grand nombre de cas identiques ; les complications nerveuses de la syphilis sont, il est vrai, moins rarement observées que la plupart des autres affections viscérales de même origine. Mais, il n'en reste pas moins certain que les affections médullaires spécifiques aiguës, surtout les cas de myélites syphilitiques aigus, purs, ne sauraient prendre place dans le cadre des accidents nerveux communs dus à la vérole. D'ailleurs, si nous consul-

tons à ce sujet les statistiques de M. le professeur Fournier (Boulluche) (1), nous remarquons que, sur 1085 cas de syphilis des centres nerveux, il n'est noté que 77 cas de syphilis médullaire ; 416 autres observations appartiennent à la variété cérébro-spinale, tandis que 592 cas sont du domaine des lésions parasymphilitiques.

M. P. Savard (2), d'un autre côté, estime que « les lésions de la moelle, déterminées par la vérole, sont surtout des lésions chroniques diffuses, se manifestant, dans l'immense majorité des cas, sous forme de myélites transverses. Les formes aiguës ou subaiguës, bien moins fréquentes, surviennent, le plus habituellement, comme manifestations précoces de la syphilis, le plus souvent avec les accidents secondaires ». Cette assertion concorde parfaitement avec les faits que nous relatons dans l'histoire de nos malades. Nous rapportons des cas rares et précoces, puisque le temps écoulé entre l'accident primitif et les symptômes myélopathiques varie de onze mois (Obs. I) à quelques années (Obs. IV). Gilbert et Lion (3), sur quarante cas de formes précoces ont un maximum de fréquence vers le sixième mois de la vérole. Savard, sur soixante-quatorze cas, en signale vingt-six entre six mois et un an. Erb, sur vingt-deux, en compte treize au cours des trois premières années de l'infec-

(1) BOULLUCHE. — Contrib. à l'étude des paraplégies d'origine syphilitique (*Annales de Dermat.*, 1891).

(2) SAVARD. — Etude sur les myélites syphilitiques, 1882.

(3) GILBERT et LION. — De la syphilis médullaire précoce. *Arch. gén. de Médecine*, 1889.

tion. Enfin, d'après Fournier, les deux tiers des cas se montrent de la troisième à la dixième année.

Voici pour l'âge de la syphilis ; mais il est un autre point entouré d'obscurité : nous voulons parler des conditions qui président à la localisation des lésions spécifiques sur la moelle.

Est-ce à dire que nous nous trouvions, ici, en présence d'une infection qui, dès son début, s'est présentée avec un caractère exceptionnel de gravité ? Rien dans le passé étiologique de nos malades ne nous autorise à cette conclusion. Nous trouvons, chez quelques-uns, des accidents secondaires nettement caractérisés, rien de plus. Il est même impossible, chez d'autres, de relever un seul des stigmates de leur affection. Du reste, dit encore M. le professeur Fournier, « les malades affectés de syphilis de la moelle ou du cerveau inaugurent leur syphilis avec un chancre sans aucune gravité ou une éruption très légère. C'en est pas la loi, mais c'est le cas usuel » (1).

En somme, il semble que nous devons chercher une cause, au sujet des phénomènes myélopathiques qui nous occupent, plutôt dans certaines conditions inhérentes au malade lui-même, et qui ont pu faire de son système nerveux, un *locum minoris resistentiæ*, ou encore accorder de l'influence à certains facteurs accessoires ou occasionnels.

Dans un premier ordre d'idées, nous indiquerons l'importance du traitement spécifique. Les accidents spinaux seraient deux fois plus fréquents chez des

(1) FOURNIER. — Traité sur la Syphilis.

syphilitiques qui ont été mal soignés ou qui n'ont pas fait de traitement (Sottas). Or, chez nos malades, nous notons peu ou point de traitement au début de la vérole. L'un (Obs. I) s'est soigné pendant huit jours seulement ; un autre (Obs. IV) pendant deux ans ; dans nos deux autres observations, il semble y avoir eu ignorance complète de la nature de la maladie au début, et absence totale de traitement précoce par conséquent.

D'autre part, chez tous nos malades, on n'a relevé aucun signe d'éthylisme. Pas de tuberculose. Chez l'un d'eux (Obs. I), on signale des accès paludéens contractés aux colonies. Le malade de notre observation II a des antécédents névropathiques personnels accusés. Dans notre observation III, nous avons affaire à un manoeuvre ; il est possible qu'on puisse incriminer ici un surmenage physique, exceptionnel, professionnel.

L'observation IV signale une attaque de rhumatisme articulaire aigu, survenue six ans avant l'attaque de paralysie. Tous ces facteurs, signalés par les auteurs, sont, à n'en pas douter, des causes mettant l'organisme en état d'infériorité, et il se peut que l'infection syphilitique postérieure ait trouvé, dans ces conditions, un terrain tout préparé. C'est la seule conclusion que nous puissions tirer de ces notions étiologiques. Dans un seul cas, toutefois (Obs. I) il apparaît nettement que l'influence du froid a servi de moteur puissant dans l'éclosion brusque et rapidement propagée des accidents spinaux graves.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Avant d'en arriver à l'exposé des différents symptômes que nous avons à interpréter, avant de discuter l'affection qui nous occupe, arrivée à sa période d'état, nous avons à parler de son début même. Et, certes, ce n'est pas, là, le côté le moins remarquable, que cette installation solennelle précédant de bien peu, toute une série de phénomènes particulièrement graves.

A. — *Début*. — Un point parfaitement établi, sur lequel nous avons eu déjà l'occasion d'insister, c'est qu'envisageant une affection exclusivement aiguë, dans tous les cas, le début est marqué par la soudaineté de son apparition. Nous ne retrouvons donc pas, chez nos malades, trace de cette période

prodromique, décrite par les auteurs dans les formes communes, même aiguës, et caractérisées par des symptômes spinaux vagues, accompagnés de troubles subjectifs de la sensibilité, troubles de siège et de genre variés. Y eût-il même, alors, installation rapide des symptômes, avec ces signes précurseurs, qui manquent chez nos malades, l'éveil aura pu être donné, depuis des mois, par des douleurs extrêmement vives, et d'autres troubles subjectifs capables à eux seuls d'attirer l'attention de ce côté.

Chez un de nos malades (Obs. IV) nous relatons bien quelques-uns de ces troubles sensitifs, nettement accusés par lui, tels que céphalée, vertiges, fourmillements dans les membres supérieurs, mais, ici, cette céphalée n'a débuté que deux jours seulement et les fourmillements quelques heures à peine avant l'attaque de paralysie complète. Nous estimons, dès lors, qu'il n'y a rien de commun entre ces troubles du dernier moment, d'une part et, d'autre part, les longues périodes douloureuses précédant de plusieurs mois une attaque, celle-ci fût-elle soudaine, et nous ne pouvons attribuer à ces quelques heures de phénomènes subjectifs toute l'importance d'une période pathologique prémonitoire.

Donc, aucun signe avant-coureur de la paralysie; nos malades sont des gens plutôt robustes et frappés subitement en pleine santé. Toutefois, dans la rapidité même que nous signalons, rapidité essentielle pour la thèse que nous soutenons, il y a, pour le clinicien, matière à discussion. Il y a lieu de distinguer, nous en verrons l'importance au chapitre diagnostic,

une attaque absolument foudroyante de celle qui, tout en conservant son caractère aigu, s'installe dans un temps variable, en douze ou vingt-quatre heures, par exemple.

C'est ainsi que notre malade (Obs. III) est un exemple de ce qu'on a déjà signalé sous le nom d'ictus médullaire, d'attaque apoplectiforme. Il y a, là, croyons-nous, abus de langage. Voici un somme, sortant de table, qui tombe à terre assez lourdement pour se blesser au front; mais aucun signe ne l'a averti lui-même de cette chute; pas d'obnubilation, aucun vertige et, surtout, pas de perte de connaissance. Il essaye immédiatement de se relever; c'est alors qu'il se rend compte de sa paralysie. Il n'y a rien, dans tout cela, qui puisse rappeler l'attaque d'apoplexie vraie.

Chez nos autres malades, le début, sans présenter ce caractère absolument subit, fut, cependant, en très peu d'heures, établi. Voici un homme (Obs. I) qui, comme d'ordinaire va travailler; il est scieur de bois, jeune; ayant très chaud, un jeudi soir, il se plonge la tête dans de l'eau de source glacée; en rentrant chez lui il trouve sa face raide, difficilement mobilisable; le lendemain matin sa figure est immobile, sans expression; à midi, grande difficulté à déglutir, faiblesse des jambes s'étendant rapidement aux membres supérieurs; tous ces symptômes ont mis trois jours à s'installer.

Une femme (Obs. II), à la suite d'ennuis, de chagrins, prend successivement trois crises hystériques. Le lendemain elle constate de la faiblesse

des jambes : la malade ne marche qu'avec beaucoup de peine; assise, elle ne peut plus se lever de son siège.

Dans l'observation IV il s'agit d'un homme de quarante-un ans qui, occupé un soir à jouer aux cartes, sent quelques fourmillements dans les membres supérieurs; la tête lui tourne un peu; il va se coucher; à onze heures et demie, très vives douleurs dans le bras qu'il ne peut mouvoir; puis, envahissement des membres inférieurs et des muscles du cou; à quatre heures du matin, la paralysie était complète.

Ces faits cliniques viennent donc à l'appui de notre dire : dans les cas de myélite spécifique aiguë, le début des phénomènes paralytiques est variable dans sa brusque installation; il y a des degrés dans cette rapidité même.

B. — *Période d'état.* — Comment, dès lors, vont évoluer les lésions? Nous en arrivons à envisager l'affection à sa période d'état. Les symptômes en sont variables. Nous considérons, en particulier, des formes à cycle anormal. Mais il est des phénomènes toujours constants, qui forment la base du diagnostic, qui dépendent de la forme clinique commune, forme dite myélite aiguë et que nous décrirons en premier lieu.

Dans ces cas, la *paraplégie* s'établit. Si les deux membres ne sont pas frappés simultanément, l'affection, en quelques jours, se complète. Chez tous nos malades, nous avons observé ces troubles de la motilité plus ou moins étendus. La paralysie est, le

plus souvent, flasque d'abord; les contractures apparaissent ultérieurement. Les troubles de la *sensibilité* sont variables et existent plus ou moins marqués. Les *réflexes* sont abolis, les *sphincters* paralysés, puis surviennent rapidement les *escharres* sacrées, dorsales ou trochantériennes (Obs. III). La fièvre s'allume et le malade ne tarde pas à succomber à l'infection. Ajoutons que le pronostic n'est pas toujours aussi sombre, et que l'on a pas mal d'exemples d'amélioration.

Tout autre est la forme dite *hémiplégique*, caractérisée par le syndrome de Brown-Séquard. Deux de nos observations (I et II) se rapportent à ce genre clinique. Chez une malade (Obs. II), on constate que la motilité est diminuée aux deux jambes, mais beaucoup plus du côté droit. Si l'on veut communiquer quelques mouvements aux membres inférieurs, on s'aperçoit que, tandis que la jambe gauche résiste parfaitement, la droite, au contraire, est incapable de tout mouvement de défense, de toute réaction. Ce phénomène est encore plus appréciable pendant la marche; dans ces conditions, le membre inférieur gauche se soulève bien, tandis que le droit se traîne sur le sol. Sur le pied gauche seul, la malade se tient, mais non sur le pied droit. La sensibilité, normale à la jambe droite, est très diminuée à la jambe gauche. Les contacts superficiels ne sont pas sentis; les contacts plus accentués sont perçus, mais, toutefois, bien moins distinctement à gauche qu'à droite. La sensation de froid ou de chaud n'est pas nettement distinguée. Ces troubles remontent jusqu'au tiers

supérieur de la cuisse gauche et sont surtout accusés à sa face externe ainsi qu'à la face externe de la jambe.

Le cas de l'observation III est le suivant. Chez cet homme, immobile dans son lit, on peut constater une paralysie complète du côté droit. Dans le membre inférieur gauche, la force est totalement conservée. Rien du côté de la face. Le membre supérieur gauche est simplement parésié. Au point de vue de la sensibilité, on note une diminution marquée de la sensation de piquûre, du côté gauche. A droite, la sensibilité est conservée, sauf un peu à la main droite.

L'interprétation de ces troubles est facile. Nous nous trouvons, dans ces deux cas, en présence d'une lésion ayant intéressé seulement une moitié de la moelle. Chez notre premier malade (Obs. II), il s'agit d'un processus morbide ayant touché la moitié droite de la moelle, puisque les troubles moteurs siègent à droite, tandis que l'anesthésie est constatée à gauche. Les troubles remontent jusqu'au tiers supérieur de la cuisse; nous en concluons qu'il s'agit d'une lésion ayant touché la région dorsale du névraxe. Dans l'observation III, il y a également lésion de la moelle du côté droit, côté où se manifestent les troubles moteurs, la sensibilité étant profondément atteinte dans le membre inférieur gauche.

C'est donc à droite que le faisceau pyramidal a été lésé dans son intégrité, et après son entrecroisement dans le bulbe. Les lésions que nous avons relevées, pour ce qui est de la sensibilité, s'expliquent

également par la pathogénie ordinaire du syndrome classique de Brown-Séquard.

Pour terminer cette analyse des symptômes que nous nous sommes proposé d'étudier, il nous reste à parler d'une forme clinique rare : de la forme *bulbomédullaire*. Nous en exposons un cas des plus curieux dans notre observation I. Ici, les phénomènes paralytiques se sont manifestés, tout d'abord, du côté de la face. C'est la figure du malade qui devint complètement immobile. Quelques heures après : la déglutition devenait pénible. Enfin, les membres inférieurs se prirent; trois jours après c'était le tour des membres supérieurs qui devinrent d'une extrême faiblesse. Il n'y a pas de paralysie oculaire; la langue se meut avec aisance; elle n'est pas déviée. Ce sont surtout les muscles laryngés et pharyngés qui sont touchés; la voix est faible, l'articulation des mots difficile, et la gêne de la déglutition profonde. En résumé, ce malade présente des phénomènes de paralysie ou, tout au moins, de parésie dans le domaine des VII^e, IX^e, X^e, XI^e et XII^e paires crâniennes. En plus, il y a également parésie des membres supérieurs et inférieurs avec troubles incontestables de la déglutition et de la phonation. Le malade n'a jamais accusé de troubles sensoriels ou sensitifs (Collet) (1). Il s'agit donc de lésions des noyaux bulbaires, exception faite pour la VI^e paire, ainsi que de lésions médullaires, lésions, d'autre part, systé-

(1) COLLET. — Communication à Société des Sciences Médicales, *Province Médicale*, 15 juin 1901.

matiques de la substance grise de la moelle et du bulbe : polio-myélite avec poliencéphalite inférieure (Collet).

Ajoutons que l'on rencontre aussi la forme de *paralysie ascendante aiguë*, dite maladie de Landry. Au point de vue clinique, son début par les extrémités, sa marche, essentiellement envahissante, quelquefois même foudroyante, en font un type bien défini (1).

On constate des troubles subjectifs identiques à ceux que nous avons signalés ; de la faiblesse, qui fait rapidement place à la paralysie, qui envahit successivement, et dans un temps très court, tous les groupes musculaires. La perte de la motilité est d'autant plus complète qu'on se rapproche davantage des extrémités, tandis que la sensibilité, assez souvent conservée dans les parties atteintes (Vulpian), est également, la plupart du temps, profondément modifiée. Les réflexes sont abolis ; les sphincters souvent indemnes. Enfin, la maladie, qui évolue rapidement, atteint son summum d'intensité vers le dixième jour. Dans certains cas, les phénomènes rétrogradent, en suivant une marche en sens inverse de leur apparition, et les parties les dernières envahies sont les premières à recouvrer le mouvement. Dans la majorité des cas, cette affection est attribuable à

(1) Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, tome vingt-sixième.

une polynévrite généralisée, primitive ou consécutive à une maladie infectieuse (Collet).

D'autres ont vu, dans la maladie de Landry, une myélite parenchymateuse diffuse (Schultze, Hoffmann).

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel

Au point de vue du diagnostic différentiel, nous avons deux points particuliers à discuter. Rechercher, d'abord, avec quelle affection on pourrait confondre la myélite aiguë frappant un sujet jusque là indemne, et cela d'une façon subite. Puis, une fois la myélite bien constatée, remonter à sa nature.

Dans un premier ordre d'idées, au début, l'erreur est possible avec toute affection aiguë, s'accompagnant de phénomènes paralytiques s'installant brusquement ou se généralisant d'une manière rapide.

C'est ainsi que, dans l'hémorrhagie cérébrale, éclate brusquement l'ictus apoplectique, dans la plupart des cas ; on a vu, en effet, ce phénomène manquer certaines fois, où l'épanchement sanguin

était peu abondant. Puis l'hémiplégie s'installe. Quand l'attaque d'apoplexie fait défaut, le malade peut n'éprouver souvent qu'un peu d'engourdissement dans les membres, d'une moitié du corps, puis, en peu de minutes (Collet) (1) l'hémiplégie se complète sous ses yeux.

Or, dans les cas de myélites spécifiques, que nous étudions, pour si vivement installés que soient les symptômes, nous n'avons pas à noter une forme aussi foudroyante. L'ictus médullaire même, dont nous avons signalé la présence pour un de nos malades, ne rappelle que bien vaguement l'ictus apoplectique vrai qui précède l'hémiplégie d'origine corticale.

Dans ce cas, le sujet frappé sent un brouillard obscurcir sa vue; il chancelle, tombe comme une masse inerte et perd connaissance.

Dans l'attaque médullaire, nous avons noté, dans un cas, il est vrai, une chute suivie de blessure, mais il n'y eut ni vertiges, ni syncope. Les phénomènes postérieurs au début ne se signalent ni par un coma consécutif, ni par la respiration stertoreuse. Rien du côté du pouls et surtout pas de déviation conjuguée de la tête et des yeux. L'hémiplégie, d'abord flasque, il est vrai, précède la contracture, dans un cas comme dans l'autre. Pas de trépidation épileptoïde; on la rencontre dans l'hémorragie cérébrale.

Dans l'*hématomyélie*, surtout dans l'*hématomyé-*

(1) COLLET. — Précis de Path. interne, tome I, p. 76 et suivantes.

lie primitive, le début rappelle celui que nous avons relaté dans nos observations. L'hémorrhagie médullaire est, en effet, généralement marquée par une attaque paralytique, qui peut survenir soudainement, sans prodromes, chez un individu dont la santé ne laissait rien à désirer antérieurement. Elle est quelquefois précédée d'engourdissement et de fourmillements des membres. Il peut y avoir également chute. L'anesthésie est un des symptômes fréquents. Les troubles moteurs sont variables, la paralysie des réservoirs fréquente. La caractéristique de l'affection est d'offrir une marche excessivement rapide ; on a vu la mort subvenir moins de quarante-huit heures après l'attaque (Jaccoud). A part cela, le diagnostic avec la myélite aiguë est excessivement délicat. Il est difficile de séparer l'une de l'autre ces deux affections.

Des paralysies s'observent également à la suite d'une attaque *d'apoplexie hystérique*. Après son ictus, le malade se réveille avec une hémiplégie, simulant l'hémiplégie organique (Collet) (1). Nous n'insisterons pas sur cette affection dont il sera facile de déterminer la nature par les stigmates qui lui sont propres. Notre observation II distingue nettement les stigmates de l'hystérie de ceux de la vérole.

Nous savons que nous nous trouvons en présence d'une myélite aiguë, d'un ramollissement médullaire, se caractérisant par les symptômes que nous avons énumérés au chapitre précédent. Mais nous n'avons

(1) COLLET. — Précis de Path. int., tome I, p. 289.

qu'une partie du diagnostic, car il reste à déterminer la nature de cette myélite, chose importante entre toutes, puisque de ce fait va dépendre le traitement.

Toutes les myélites aiguës sont de nature infectieuse, mais les genres d'infection sont multiples. Il nous faut, dans les cas présents, déceler l'origine syphilitique des lésions constatées chez nos malades. Sans cela, la confusion est possible avec n'importe quelle myélite aiguë.

Nous n'avons, pour ce faire, qu'un seul moyen d'investigation, qui consiste en la recherche méticuleuse des stigmates de la vérole.

L'interrogatoire des malades ne fournit que des données insuffisantes. Nous rechercherons donc minutieusement des traces de cicatrice du chancre initial. Elle acquiert, dans les cas précoces que nous étudions, une importance capitale, puisqu'elle est le témoin de cette précocité même. Chez un malade (Obs. I) on peut constater, à la place de l'accident primitif, sur le côté droit de la verge, un petit nodule induré.

Dans le cas où l'on ne pourrait rien trouver de ce côté, on chercherait alors d'autres signes. Nous avons un sujet porteur de nombreux ganglions inguinaux (Obs. I); on a également noté, chez lui, la chute des cheveux, des plaques muqueuses pharyngiennes.

La malade de l'observation II est porteuse d'une syphilide pigmentaire, au niveau du cou; c'est le seul signe de syphilis, du reste, qu'on ait relevé

chez elle ; les autres accidents ont pu manquer ou passer inaperçus.

L'observation IV signale un chancre syphilitique de la verge, survenu quinze ans avant les accidents spécifiques nerveux.

En règle générale, il est donc nécessaire, dans ces cas, d'examiner avec soin les antécédents morbides du sujet et de rechercher soigneusement tout signe pathologique pouvant mettre sur la voie de la nature infectieuse de la myélite et sur la qualité du virus. C'est la condition essentielle permettant un diagnostic complet.

CHAPITRE IV

Traitement.

Il nous reste quelques mots à dire au sujet du traitement de ces affections myélopathiques spécifiques.

Les formes de myélites syphilitiques aiguës étant d'ordinaire les plus sérieuses (Sottas), elles relèvent, par conséquent, d'un traitement énergique. Disons de suite que c'est celui des affections spécifiques en général ; la médication iodurée et mercurielle en font tous les frais.

Il ne faut pas songer au traitement ioduré seul qui est toujours insuffisant. Chaque fois, d'autre part, que, chez nos malades, on a supprimé le mercure, il y a eu un arrêt remarquable dans l'amélioration des phénomènes morbides. C'est donc au traitement mixte qu'il faut avoir recours ; c'est le plus universellement employé, du reste.

Quant au choix des préparations à prescrire, il n'existe, à cet égard, aucune loi absolue; nous essayerons de discuter, malgré cela, le mode d'emploi de l'agent thérapeutique.

Aucune difficulté pour l'iode, qui se donne sous forme d'iodure de potassium, à la dose minima de 3 grammes *pro die*. Nos malades en ont pris jusqu'à 8 et 10 grammes dans le même temps.

Le mercure peut être administré de façons différentes. Nous ne ferons que mentionner le traitement pilulaire, insuffisant ici. Restent les frictions mercurielles et les injections de même nature; c'est à ces dernières que nous donnerons la préférence.

Nos malades ont été soumis aux frictions d'onguent napolitain. Le résultat en a été satisfaisant; aucun accident hydrargyrique n'est apparu; les phénomènes pathologiques ont rétrocedé et, au bout d'une période de traitement plus ou moins longue, ont disparu presque totalement.

Mais, sans contredit, le mode thérapeutique de beaucoup le plus actif, et surtout le plus rapidement actif, est l'administration du mercure par les injections. C'est une méthode qui a pris une importance de tout premier ordre et qui tend à l'heure actuelle, à supplanter tous les autres modes d'administration d'hydrargyre (1).

Nous n'avons pas à indiquer la technique de cette méthode. Il faut simplement savoir que l'injection doit être poussée profondément, en plein muscle, en

(1) EMERY. — Traitement de la syphilis.

une des trois régions de choix recommandées par les auteurs : *a*) gouttières rachidiennes; *b*) fossette rétro-trochantérienne (point de Smirnoff); *c*) région fessière (point de Galliot).

Reste à faire choix d'un médicament mercuriel à injecter, et, dans cet ordre d'idée, ce ne sont certes pas les formules qui manquent.

On peut prescrire, soit les injections solubles, soit les injections insolubles. Nous ne discuterons pas leurs avantages ou leurs inconvénients. Ce n'est pas ici le lieu, et l'on voudra bien se reporter aux livres ou publications nombreuses faites sur ce point particulier.

Les préparations restées dans la pratique courante sont le sublimé, le peptonate de mercure, le cyanure, le benzoate, l'huile biiodurée.

Nous indiquerons, comme type d'injection soluble, celle de Stoukovenkoff (de Kiew), modifiée par Emery dans laquelle le benzoate de mercure est rendu soluble par l'adjonction de chlorure de sodium (Emery).

Le traitement par les injections d'huile grise, paraît réaliser toutes les conditions de traitement spécifique idéal, qui tend à obtenir la plus grande somme d'effets thérapeutiques avec la plus petite dose possible de mercure (Neisser) (1).

La formule d'huile grise dont nos malades ont tiré

(1) In *Gazette des Hôpitaux*, 9 juillet 1892.

le plus grand profit, est celle que nous indiquons ci-dessous :

Mercure 10 gr.

Lanoline stérilisée 5 gr.

Huile désolée . . . 10 gr.

qui renferme exactement 20/100 de mercure, ou encore 0 gr. 20 de mercure pour un gramme d'huile grise.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. COLLET.)

SYPHILIS MÉDULLAIRE ET BULBAIRE PRÉCOCE

Le nommé E..., scieur de bois, 39 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Elisabeth, le 29 juillet 1900, avec des symptômes de diplegie faciale et de parésie généralisée.

Père mort d'affection indéterminée; mère bien portante. Neuf frères ou sœurs et une fille également en bonne santé.

Personnellement le malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'éthylisme. Il a fait son service militaire aux colonies et, pendant les deux années qu'il a passées au Tonkin, il a eu les fièvres intermittentes et la dysenterie. Depuis son retour en France, il y a de cela 15 ans, il s'est assez bien porté et n'a jamais eu d'accès palustres.

L'année dernière (septembre 1899) il a été atteint de syphilis. Il lui vint un bouton sur côté droit de la verge, et l'on peut encore constater à cet endroit un petit nodule induré, à la place du chancre. Le malade est porteur de nombreux

ganglions inguinaux ; il a eu des plaques muqueuses à la gorge, ses cheveux sont tombés, mais aucune éruption n'est survenue, ni de céphalée. Un médecin qu'il alla consulter à l'époque de son chancre, lui donna à prendre, par jour, deux pilules dont il ne peut indiquer le nom. Il ne suivit ce traitement que pendant huit jours seulement et, dès lors ne s'inquiéta plus de rien.

L'affection pour laquelle il entre aujourd'hui à l'hôpital remonte à dix jours environ. Il était allé travailler comme à l'ordinaire, moyennement dispos. Ayant très chaud, il se plongea la tête dans de l'eau de source glacée.

Le soir, en rentrant chez lui, il trouva que sa face était raide et qu'il la mobilisait avec difficulté. Il resta chez lui les jours qui suivirent, c'est un jeudi soir qu'il se mit la tête dans le liquide glacé et le vendredi matin sa figure était complètement immobile. Le même jour, à midi, il a eu une difficulté innée pour déglutir. Puis survint de la faiblesse des membres inférieurs et, le lundi suivant, il dut se mettre au lit. La déglutition était toujours très pénible. Le malade avalait de travers et toussait beaucoup à la suite, sans, toutefois, qu'il y eût reflux nasal des aliments.

Depuis trois jours la faiblesse des membres supérieurs est devenue telle qu'il ne peut plus porter un verre à ses lèvres.

En résumé, le début des phénomènes paralytiques a été nettement marqué à la face et est resté localisé à ce niveau pendant trois jours. Ce n'est que vers le quatrième jour que les jambes et les bras sont devenus faibles, et à peu près au même moment.

Depuis ces jours derniers l'état du malade s'est aggravé, de la difficulté croissante de la parole est survenue, la parésie est de plus en plus marquée, et c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital.

A l'entrée voici ce que l'on constate : les phénomènes paralytiques sont généralisés. A la face, la paralysie est double

et totale; le malade, ne pouvant imprimer une ride à son front, fermer les yeux ou remuer les lèvres, a un faciès absolument immobile, figé.

Bien qu'il accuse, par instants, une vision plus ou moins distincte, surtout pour les objets éloignés, on ne constate pas de paralysie oculaire. La langue se meut aisément, mais le patient la tire sans force; elle n'est, du reste, pas déviée. La motilité du voile du palais est simplement diminuée, non abolie. Les muscles laryngés sont touchés; la voix est faible et l'articulation des mots difficile. Gêne profonde de la déglutition. Une goutte d'alcool de menthe, déposée sur la pointe de la langue est parfaitement sentie.

A l'examen des membres supérieurs on ne trouve pas de paralysie complète, mais de la parésie excessivement accentuée. Il est impossible au malade d'élever la main au-dessus de sa tête, et il serre très faiblement les doigts.

Les membres inférieurs sont également parésiés et ne résistent que très faiblement aux mouvements qu'on leur communique. Il est à noter que le patient peut encore détacher les talons du plan du lit par ses seules ressources, mais ce mouvement est très lentement exécuté.

Du côté du tronc, la faiblesse musculaire est également très prononcée. Il est impossible au malade de s'asseoir seul sur son lit, ou de se maintenir seul dans cette position.

Le diaphragme est très nettement intéressé. A chaque inspiration il y a dépression de l'épigastre et rétraction de l'abdomen qui, au contraire, se dilate lors de l'expiration.

Le pouls est à 130.

Température 37°6.

Pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes rotuliens sont abolis, ceux de l'avant-bras conservés.

Pas de troubles sphinctériens.

Constipation. L'examen viscéral est négatif.

On fait au malade des frictions mercurielles.

1^{er} août. — L'état général reste stationnaire : déglutition très gênée; toux dès que le malade essaie de boire; voix

toujours très faible. Les mouvements du maxillaire sont absolument conservés; si l'on saisit la langue, tirée hors des arcades dentaires, le malade la rentre avec assez de force, mais la propulsion en est plus faible que normalement.

En somme, ce sont les VII^e, IX^e, X^e, XI^e et XII^e paires crâniennes qui sont prises actuellement.

La force est extrêmement diminuée aux bras. Le malade résiste peu et ne peut mettre la main sur sa tête. L'évaluation de la force au dynamomètre donne : $D = 6$; $G = 9 \frac{1}{2}$. Force très diminuée aux jambes. Le malade peut, néanmoins, détacher les talons du plan du lit.

3 août. — La respiration est à 30. Le pouls à 136. Aphonie presque complète. Les autres symptômes sont stationnaires.

4 août. — Le pouls est à 128. On nourrit le malade à la sonde et l'on donne deux litres de lait. Au dynamomètre on a : $D = 12$; $G = 13$. Il n'est, cependant, pas encore possible de lui faire placer les mains au-dessus de la tête. Il résiste mieux quand on lui tire la langue. Toujours pas de paralysie oculaire; la paupière droite se ferme mieux que la gauche. Les réactions pupillaires sont parfaitement normales. On constate un peu de myosis. Il y a toujours inertie complète du diaphragme. L'aphonie est moindre. Le malade remue bien les doigts et l'avant-bras, mais ne peut soulever le bras; il bouge également les orteils et fléchit bien les jambes, à condition qu'on ne lui oppose aucune résistance. Il ne peut soulever le talon droit, mais élève bien le gauche.

8 août. — Depuis trois jours, il y a une amélioration très notable dans l'état du malade qui soulève la jambe comme un individu normal; la force est revenue également dans les bras. Le dynamomètre donne : $D = 15$; $G = 16$. Les mains peuvent être facilement élevées au-dessus de la tête. Les réflexes rotuliens sont toujours nuls. Le pouls est à 116, la respiration à 24. Dans la respiration tranquille, le diaphragme se meut parfaitement, mais est à peine aspiré dans la respiration forte. Le facial droit se meut assez bien, depuis deux

jours ; on observe des mouvements d'élévation de la lèvre, du sourcil et de l'aile du nez. La langue a une force normale, Le voile du palais se relève bien ; la voix est revenue. Le malade avale mieux et, depuis deux jours, on ne passe plus la sonde œsophagienne. Encore un peu de toux après la déglutition.

9 août. — L'œil droit se ferme parfaitement, le gauche ne peut accomplir ce mouvement. La commissure labiale est nettement déviée à droite, en point d'exclamation. Déviation nette de la langue, à droite. Paralysie faciale gauche absolue.

13 août. — Paralysie faciale gauche toujours complète. Etat stationnaire.

16 août. — Le malade va moins bien ; la déglutition est redevenue plus difficile ; on doit recommencer à nourrir à la sonde. Le pouls est à 88. Aucun progrès du côté du facial gauche. Le malade se plaint de bâillements très fréquents. On supprime les frictions mercurielles et on donne 4 grammes d'iodure.

25 août. — Aucune amélioration. Paralysie faciale gauche complète ; langue déviée à droite. Les pupilles réagissent bien.

Le mouvement des jambes n'est pas meilleur que lors du dernier examen ; elles se fléchissent, mais le talon traîne sur le lit sans pouvoir l'abandonner. La force des mains à diminué ; celles-ci ne peuvent arriver à saisir bien le dynamomètre et à faire plus de 1 kil. On continue l'alimentation avec la sonde. Depuis dix jours, on fait des injections de biiodure de mercure, le malade, atteint de stomatite mercurielle, on le guérit par le traitement à la glycérine iodée et le chlorate de potasse.

4 septembre. — Amélioration sensible ; le patient soulève bien la jambe au-dessus du plan du lit ; on obtient 10 et 15 au dynamomètre.

9 septembre. — Aujourd'hui, pour la première fois, le malade avale parfaitement; hier la déglutition était encore impossible.

14 septembre. — Le malade se lève pour la première fois.

17 septembre. — Etat stationnaire; la force augmente cependant. Au dynamomètre 16 et 18. Les muscles masticateurs sont intacts des deux côtés; leurs mouvements ont d'ailleurs toujours persisté.

19 septembre. — Ce matin, pour la première fois, le malade ferme à moitié l'œil gauche et fait parfaitement tout le tour de la salle sans s'appuyer.

2 octobre. — Le malade va bien, se promène. Au dynamomètre : D = 22; G = 25. Il mange facilement, tire bien la langue; l'œil gauche ne se ferme pas encore complètement.

Le malade quitte le service fin octobre, toujours avec fermeture incomplète de l'œil gauche, et un peu de parésie faciale.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. COLLET.)

HYSTÉRIE. — SYPHILIDE PIGMENTAIRE PARAPLÉGIE AVEC SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD.

A... Marie, 22 ans, repasseuse, entre à l'hôtel-Dieu, salle St-Roch, pour de la faiblesse des membres inférieurs.

Père et mère morts d'affections indéterminées. Pas de frères ni de sœurs.

Personnellement, la malade n'accuse aucune maladie antérieure. Elle a eu un enfant il y a trois ans, mort du croup il y a deux ans et demi. On constate sur la face antérieure de l'extré-

mité supérieure des deux tibias, une cicatrice dont elle ne peut expliquer l'origine.

L'affection actuelle remonte à trois semaines. A cette époque, et à la suite d'une violente contrariété, la malade a pris une crise. Elle était occupée à son ouvrage, lorsqu'elle se sentit brusquement fatiguée; elle eut des vertiges, accompagnés de sensation de constriction à l'épigastre; elle eut le temps de s'étendre sur son lit, puis perdit connaissance pendant environ une demi-heure. Les personnes présentes ont dit ensuite qu'elle avait les mâchoires contractées et qu'elle faisait des mouvements désordonnés.

On ne voit pas de morsures de la langue; il n'y eut pas d'écoulement des urines.

Depuis, la malade a repris deux autres crises, semblables à la première; son caractère s'est modifié, et elle pleure maintenant à la moindre contrariété; chaque fois qu'elle prend une crise, c'est à la suite d'un ennui ou d'une émotion. En somme, d'après la description qu'elle en donne, il s'agit vraisemblablement ici de la crise convulsive hystérique; on peut du reste, noter quelques stigmates de cette affection: points hyperesthésiques, à la pression, dans la fosse iliaque gauche; diplopie monoculaire; hypoesthésie très marquée des conjonctives. Toutefois pas de rétrécissement du champ visuel, ni d'anesthésie pharyngée.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaint surtout d'avoir les jambes très faibles. C'est le 25 septembre.

Le 3 octobre on procède à un nouvel examen. On est tout d'abord, frappé de l'existence, au niveau du cou, d'une syphilide pigmentaire. La malade aurait du reste remarqué parfaitement que son cou était tigré. Cette pigmentation date de trois ans et serait survenue quelque temps avant son accouchement. Comme autres signes de syphilis on ne trouve absolument rien, ni accidents vulvaires, ni gutturaux, ni chute de cheveux, ni céphalée. Il existe, à la face antérieure de la jambe, trois ou quatre cicatrices, mais qui sont survenues à l'âge de 12 ans; elles sont arrondies et non adhérentes

au plan profond. Leur largeur est celle d'une pièce de deux francs.

La faiblesse intense des jambes aurait débuté le lendemain des crises hystériques ; elle persista quelque temps, sans augmenter ni diminuer. La malade ne pouvait marcher qu'avec beaucoup de peine, et ne pouvait se relever quand elle était assise.

On constate actuellement :

Que la motilité est diminuée aux deux jambes, mais surtout à la jambe droite. Les membres inférieurs, facilement élevés au-dessus du plan du lit, sont très difficilement maintenus dans cette position. La jambe gauche résiste bien aux mouvements qu'on veut lui communiquer, la droite presque pas. Pendant la marche, tandis que la jambe gauche se soulève bien, la droite se traîne sur le sol.

La malade peut se tenir parfaitement sur le pied gauche seul, mais non sur le pied droit.

La sensibilité, normale à la *jambe droite*, est très diminuée à la *jambe gauche*.

Ces troubles remontent jusqu'au tiers supérieur de la cuisse gauche et sont surtout accusés à la face externe de la jambe et de la cuisse. Les contacts superficiels ne sont souvent pas sentis ; les contacts plus accusés sont bien perçus, mais moins bien que du côté droit, toutefois ; cette différence est fort nette.

Si l'on promène sur ses membres une bouteille d'eau chaude ou d'eau froide, elle sent le simple contact, mais est incapable de dire s'il s'agit du flacon chaud ou du froid. A la face interne de la cuisse elle sent mieux et le contact et la température du liquide.

Les réflexes rotuliens sont très faibles à droite, à abolis gauche. Quelques crampes et soubresauts dans les deux jambes.

Pas de troubles sphinctériens.

Urines normales.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. COLLET.)

SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD.

Le nommé B... Pierre, 56 ans, manœuvre, entre, le 8 septembre 1901, salle Sainte Elisabeth, pour une hémiplegie.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires. Parents morts de vieillesse : père à 85 ans, mère à 60 ans.

Le 8 septembre, en sortant de dîner, n'ayant pas bu plus que d'habitude, un litre de vin, allant se promener, il tombe à terre, sans perdre connaissance ; voulant se relever, il constate qu'il ne peut se tenir du côté droit. En tombant, il se fait de petites plaies superficielles au front et au genou droit. Pas de vertige au moment de la chute.

Dans son lit, le malade est immobile ; le côté droit est complètement paralysé. Cependant la piqure du mollet droit détermine un réflexe (contraction du quadriceps).

Le membre supérieur gauche est parésié ; les mouvements de flexion, d'extension de l'avant-bras sur le bras sont presque nuls. La force est totalement conservée dans le membre inférieur gauche.

Pas de troubles de la motilité à la face. Visage symétrique, Langue non déviée, ne présentant aucun tremblement.

Au point de vue de la sensibilité, le malade accuse, d'une façon générale, de la diminution de la sensation de la piqure à gauche. Du côté droit, la sensibilité est conservée, sauf cependant à la main droite, jusqu'au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras.

Pas de troubles de la sensibilité à la face.

Pas d'aphasie sensorielle ou motrice.

La main gauche est froide.

L'examen des viscères révèle de la rétention d'urine ; le malade est sondé chaque matin et a de l'incontinence des matières fécales.

Rien au poumon.

Rien au cœur. Pas d'artério-sclérose (?).

Le pouls est lent et tendu.

L'urine ne contient pas d'albumine.

12 septembre. — Il y a toujours rétention d'urine et incontinence fécale. Le malade présente de la thermo-anesthésie à peu près complète et généralisée. Les réponses du malade sont parfois variables au moment de l'examen de la sensibilité, et souvent les piqûres ou le contact déterminent une sorte de mouvement de défense alors que le sujet affirme ne rien sentir.

Réflexes rotuliens normaux des deux côtés.

Réflexes crémastériens nuls des deux côtés.

Réflexe de Babinski non provoqué.

Pas de troubles du sens musculaire.

3 octobre. — Depuis huit jours, escharres dorsales, sacrées et trochantériennes.

Le malade a de la température.

Il ne persiste que de l'hypoesthésie.

Le malade meurt le 12 octobre.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. COLLET.)

R..., Joseph, 41 ans, cartonnier, né et demeurant à Lyon, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Elisabeth, le 16 septembre 1900.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels : rhumatisme articulaire aigu, il y a six ans. Pas d'alcoolisme certain. Chancre syphilitique à la verge, il y a quinze ans ; le malade prit des pilules et de l'iodure pendant plus de deux ans. Pas d'autres maladies antérieures.

L'affection actuelle remonte à deux jours ; quelques jours auparavant, céphalée intense avec vertiges.

Samedi soir, pendant qu'il était en train de jouer aux cartes, il sentit des fourmillements dans les membres supérieurs ; la tête lui tournait un peu ; il alla se coucher. Puis, vers onze heures et demie, il fut réveillé par des douleurs très vives dans les bras, en même temps qu'il lui devenait impossible de les mouvoir ; bientôt, les douleurs et la paralysie envahirent successivement les membres inférieurs et les muscles du cou ; de sorte qu'à quatre heures du matin, le malade était entièrement paralysé. Pas de perte de connaissance, pas d'aphasie, ni de frissons. Le dimanche soir, on l'amène à l'hôpital.

À l'entrée, le malade se plaint de douleurs vives, principalement dans les membres inférieurs, où il accuse comme une sensation de broiement continu. Il est absolument incapable de se mouvoir dans son lit. Les mouvements du cou sont toutefois conservés. Il y a paralysie complète des quatre membres.

La sensibilité est conservée au contact, à la piqure et à la chaleur. Les réflexes tendineux et cutanés sont abolis aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs, ils sont conservés ; les bras, sont d'ailleurs, le siège de mouvements légers, mais involontaires.

La pointe de la langue est fortement déviée du côté gauche. Pas de paralysie faciale. Le malade peut siffler et parle très facilement aujourd'hui (17 septembre) ; la parole aurait été cependant gênée hier au soir.

Les pupilles sont contractées, mais réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Troubles sphinctériens : rétention d'urine et constipation.

Sueurs très abondantes.

Température : 37°2.

Urines normales.

Le jeu du diaphragme se fait très bien.

Examen viscéral négatif ; rien au cœur, rien aux poumons.

Le 22 septembre on fait au malade une première injection de biiodure de mercure. Dès le lendemain, une amélioration nette a été constatée du côté droit. Chaque injection mercurielle a depuis amené de l'amélioration.

Le 9 novembre, les troubles sphinctériens ont cessé. C'est du côté droit que l'amélioration a continué à être le plus marquée. La motilité est revenue partout, mais les membres inférieurs sont encore trop faibles pour que le malade puisse marcher.

Le 7 décembre, on constate de l'atrophie musculaire de l'éminence thénar, atrophie très marquée. Il en existe peut-être aussi au niveau de l'épaule droite. Dans les deux mains, le malade ressent des fourmillements.

29 janvier 1901. — Depuis plus d'un mois, le malade marche. On ne constate pas d'amyotrophie, mais il n'y a aucun changement du côté de l'éminence thénar gauche. Le malade est assez fort du bras droit, il l'est beaucoup moins du membre supérieur gauche ; de la main droite, il serre à faire mal. Du côté des membres inférieurs, la force est un peu diminuée pour les fléchisseurs.

Les doigts de la main gauche sont en extension forcée, en raison de la faiblesse des fléchisseurs. Quand on fait tendre la main, les interosseux sont faibles.

Pas de douleur, sauf quelques douleurs en ceinture, exagérées par les ingestions alimentaires.

15 février. — Tous les dix jours, on injecte du biiodure de mercure, à la dose de 0 gr. 025. Le malade souffre de douleurs en ceinture, et dans tout le tronc. Quelquefois

aussi, il éprouve des douleurs fulgurantes dans les jambes. Les pupilles réagissent mal.

22 avril. — Depuis un mois, le malade ne marche qu'avec difficulté. Il urine aussi très difficilement; la défécation est également très pénible.

Les réflexes sont toujours absents. La station debout est possible, même les yeux étant fermés et les talons joints.

Le malade engraisse; il a la peau rosée. Pas d'albumine.

Zone d'anesthésie sur la ligne mamelonnaire gauche, vers la huitième côte, point maximum des douleurs en ceinture. Zone d'hyperesthésie au-dessus, un peu au-dessous de l'ombilic. A droite, zones à peu près symétriques, mais situées un peu plus bas.

Les pointes de feu appliquées au malade au mois d'avril n'ont produit aucune amélioration. Le 24 juin, on lui fait prendre 2 gr. 25 centigr. d'ergotine.

Le 11 juillet, on lui donne 6 gr. d'aspérine, ce qui ne donne aucun résultat. On ordonne alors 6 gr. d'iodure de potassium. Les douleurs sont plus vives; la marche devient plus difficile, la main gauche est très faible. Les réflexes sont toujours abolis. Le malade prétend avoir perdu de la force; il a surtout des douleurs, la nuit principalement, et dans les membres supérieurs.

Le 31 juillet, suppression de l'iodure. Injections avec l'huile grise.

Le 30 octobre, le malade éprouve des sensations de constriction thoracique. Injections au biiodure.

CONCLUSIONS

I. — Dans les myélites spécifiques aiguës, comme dans toute myélite dérivant d'un autre processus infectieux, le début est remarquable par sa rapidité; il est quelquefois subit (ictus médullaire apoplectiforme).

II. — Dans nos observations personnelles, comme dans la majorité des cas, l'âge de la syphilis est précoce, le traitement à la suite de l'accident primitif, absent ou insuffisant. A défaut de données étiologiques précises, rechercher, chez les malades, une cause à l'éclosion des accidents myélopathiques, dans un état pathologique antérieur, ayant fait de leur système nerveux un *locum minoris resistentiæ*. Une cause occasionnelle minime (froid), peut jouer le rôle d'un facteur pathogénique puissant.

III. — La variabilité des symptômes témoigne de lésions multiples. En dehors de la forme

commune, dite myélite aiguë, il existe d'autres formes anormales que nous signalons : paralysie ascendante aiguë (Landry) forme hémiplegique avec syndrome de Brown-Séquard ; forme bulbo-médullaire.

IV. — Le diagnostic sera fait avec toutes les affections médullaires, ou d'origine corticale, à début brusque ; il sera complété par la recherche attentive, pour chaque malade, des stigmates de la syphilis.

V. — Le traitement de choix, dans ces cas, toujours graves, est le traitement mercuriel, de préférence à la médication iodurée. On peut employer les deux médicaments associés. Le mode d'administration de l'agent thérapeutique le plus actif consiste dans les injections mercurielles.

Vu :

Le Président de la Thèse :

LÉPINE.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur :

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 novembre 1901.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Archiv. fur Psych., 1878 et 1889.

BOIX. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1892.

BOULLOCHE. — *Ann. de Dermat. et de Syphiligr.*, oct. 1891 (Contribution à l'étude des paraplégies d'origine syphilitique).

BRISAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses, 1893-1894.

CAIZERGUES. — Des myélites syphilitiques. Thèse de Montpellier, 1878.

CHARCOT-BOUCHARD. — Traité de Médecine, tome II, p. 631.

COLLET. — Précis de Pathologie interne, 2^e édit., tome I, p. 201.

COLLET. — Communication à la Société des Sciences Médicales, séance du 12 juin 1901 (*Province Médicale*).

CORNIL. — Leçons sur la syphilis. Paris 1879, p. 322.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de médecine, 1893.

DÉJERINE. — *Archiv. de Physiologie*, 1876.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne.

EMERY. — Traitement de la syphilis, 1901. (Collection nouvelle des actualités médicales).

- FOURNIER. — Traité de la syphilis, fasc. I. p. 218.
- FOURNIER et DIEULAFOY. — *Ann. de Derm. et Syphil.*, 1890.
- GILBERT et LION. — De la syphilis médullaire précoce. *Arch. gén. de Médecine*, 1884 et 1890.
- LAMY. — La syphilis des centres nerveux. In Collection Léauté.
- LAMY. — Méningo-myélite syphilitique. Thèse Paris. 1893.
- LANCEREAUX. — In *Semaine Médicale*, 11 avril 1891.
- P. MARIE. — Syphilis de la moelle. In *Semaine Médicale*, 25 janvier 1893.
- MRACEK-EMERY. — Atlas manuel des maladies vénériennes (Edition française).
- RAYMOND. — In *Cliniques (passim)*.
- RAYMOND. — Communication à Société méd. des Hôpitaux de Paris, février 1893.
- RAYMOND. — Des injections mercurielles. In *Gazette des Hôpit.*, 9 juillet 1892.
- SOTTAS. — Contribut. à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques. Thèse, Paris 1894.
- P. SAVARD. — Etude sur les myélites syphilitiques, 1882. In *Gazette des Hôpit.*, 14 octobre 1882.
-

TABLE

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie, pathogénie	15
CHAPITRE II. — Symptomatologie ..	19
CHAPITRE III. — Diagnostic différentiel.....	28
CHAPITRE IV. — Traitement	33
CONCLUSIONS.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
